

【照会先】

健康保険組合連合会

医療部 医療・情報グループ

TEL:03-3403-0987

# これからの医療提供体制と 健保組合の役割

(提 言)

平成19年6月14日

健康保険組合連合会

## 目次

はじめに	・・・	2
1. わが国の医療提供体制の課題と18年度制度改革の意義	・・・	3
2. 患者中心の医療提供体制の構築を目指して	・・・	4
(1) 効率的で効果的な「医療連携体制」	・・・	4
(2) 総合的な視点に立った診療を行う医師・医療機関	・・・	5
(3) 地域医療支援病院と特定機能病院のあり方	・・・	6
(4) いわゆる「専門医」と「広告可能な診療科」のあり方	・・・	7
(5) その他	・・・	8
3. 保険者機能のさらなる強化に向けて	・・・	9
(1) 健康増進・疾病予防支援機能	・・・	9
(2) 情報支援機能	・・・	10

## はじめに

昭和36年に国民皆保険を達成したわが国の公的医療保険制度は、好調な経済成長や公費の投入に支えられ、国民に高額な患者負担をさせることなく、必要な医療を提供することができた。

その後、少子高齢化が進行する一方、医療費が急激に増加する中で、経済成長が鈍化・後退し、平成に入ってから患者一部負担の引き上げ等の医療保険制度の見直しが矢継ぎ早に行われ、国民も医療にかかるコストを意識せざるを得なくなった。加えて、専門医・大病院志向にみられるように、国民の医療への期待度が高まる反面、痛ましい医療過誤の発生や地方での医師不足、崩壊に瀕する病院医療といったニュースが連日のように報道され、国民の中に、医療に対するかつてない危機意識が生まれている。

健保組合・健保連は、これまでも「医療のムダ」の是正や、医療の質の向上、医療に関する情報提供の充実等により「患者中心の医療」を実現するよう訴えてきた。しかし、状況が改善されることのないまま、今後も診療報酬や公的医療保険制度が改定・改正され、国民やわれわれ健保組合が負担を強いられ続けるのであれば、公的医療保険制度の存続が危うくなりかねない。

また、健保組合は、これまでも保健事業等を先駆的に展開し、財政規律を守りつつ加入者の健康増進や疾病予防に努めてきたが、特定健診・特定保健指導が義務化されるなど、その役割がこれまで以上に重要になっている。本提言は、医療保険制度の持続可能性を高めるために医療提供側に求められる改革の方向性に関する事項を中心としながら、健保組合が医療機関等と連携・協力することにより、「患者中心の医療」を実現するための保険者機能のさらなる強化に向けた取り組みをまとめたものである。

## 1. わが国の医療提供体制の課題と18年度改革の意義

わが国の医療提供体制は民間医療機関を中心とし、総じてその自主性にまかせて整備されてきた歴史があり、他の先進諸国と比較しても、群を抜いて病床数や高額な医療機器台数が多い。その反面、医師、看護師などの医療従事者は、病床当たりでは手薄な配置になっており、地域・診療科によって偏在があることも指摘されている。

また、医療施設体系は、無床診療所から大規模病院まで、病床数等の施設規模が連続しており、施設間の差異が小さく、医療機能の切り分けが明確でない。さらに、効率的な連携と、患者への適切な情報提供や医療の標準化が進んでいないため、長い平均在院日数や医療機器への過大投資、重複検査、患者の多重受診等の「医療のムダ」が発生しやすい状況にあった。

しかし、平成18年に成立した新たな医療法(第5次改正)では、これまで「病床規制」が主目的であった都道府県医療計画のあり方を改め、地域の医療機関がそれぞれの機能を明確にした上で、新たに4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)5事業(小児医療、周産期医療、へき地医療、救急医療、災害医療)に関する「医療連携体制」を構築することとされるなど、医療機能の分化・連携を初めて包括的に規定した法改正となっている(19年度中に各都道府県が医療審議会等での審議をへて策定し、20年度から全国一斉にスタート)。

また、同改正法では「患者中心の医療」の実現を前面に押し出し、患者・住民への情報提供の充実を図るため、都道府県が全ての医療機関等から一定の範囲の情報を収集し、これを住民に公表するシステムが導入(19年度から段階的に実施)され、医療機関が広告可能な情報の範囲も拡大された。

一方、医療保険制度の側面では、都道府県は20年度から、「医療計画」等と関連付けながら、療養病床の再編、平均在院日数の短縮や特定健診・特定保健指導の実施率等に関する数値目標を含む、新たな「医療費適正化計画」を策定することも求められている。

このように、18年の一連の医療制度改革は、これまで別々に制度設計されることが多かった医療保険制度と医療提供体制を、患者や加入者の観点から一体的に見直すという画期的な試みとなっている。

「医療連携体制」の構築(医療計画)や療養病床の廃止・削減(医療費適正化計画)の成否は、将来的な医療費水準に大きな影響をもたらすことになる。これらの計画を実効性あるものとするために、医療提供体制の具体的な改革とともに、保険者に対しても重要な役割が求められている。

## 2. 患者中心の医療提供体制の構築を目指して

医療機能の分化・連携を推進し、総合的な視点に立った診療を行う医師・医療機関を中心とする新たな「医療連携体制」を構築する中で、医療提供体制の効率化を実現する。

第5次医療法改正では、国民への情報提供の充実とともに、新たな医療計画制度においては、地域の医療機関の機能に応じた、疾病・事業ごとに具体的な「医療連携体制」を構築することが求められている。都道府県は新たな医療計画を19年度中に策定し、20年度から一斉にスタートさせることになっているが、画期的な試みだけに課題も多い。都道府県の責任の下、実効ある計画となるよう、健保組合は計画策定のプロセスを注視し、レセプト情報等の情報資源を活用しつつ、積極的に関与しなければならない。

### (1) 効率的で効果的な「医療連携体制」

「医療連携体制」を構築する際には、地域の医療機関がそれぞれの特性に応じて、急性期医療から亜急性期・回復期医療、慢性期医療、終末期医療、在宅医療まで、切れ目なく結びつくことにより、総治療期間(個別の医療機関では平均在院日数)を短縮し、患者のQOL(Quality of Life/生活の質)を向上させるという観点とともに、検査データ等の共有による、医療機器への過大投資、重複検査等の防止といった、「医療のムダ」を排除するという観点が求められる。

また、23年度末までに、介護療養病床(約13万床)を廃止することが法律上規定されており、医療療養病床(約25万床)も、15万床まで削減するという数値目標が掲げられている。実際の削減目標は、20年度までに都道府県が別途策定する「医療費適正化計画」に明記されることとされている。

これらの計画、特に医療計画を実効性あるものとするためには、総合的な視点に立った診療を行う医師・医療機関の整備、病一病間、病一診間等の機能分化と連携の徹底、加入者の適切な受診行動の喚起等が必要である。

上記のような施策を推進するために、診療報酬等による適切なインセンティブを与える必要があるが、その際、現行の診療報酬体系等を以下のような観点に立って見直すべきである。

- 医療機関へのインセンティブだけでなく、例えば、最も効率的な受診経路が最も経済的負担が軽いといった、患者へのインセンティブにもなるような方法(例えば、保険外併用療養費の活用等)を取り入れる

- 医療機関における医療従事者の給与等の「ヒト」にかかる費用と薬剤や医療機器等の「モノ」にかかる費用のバランス、病院と診療所の医師の所得格差、病院の医療従事者の過密な労働状況等にも配慮しながら、医療費を配分する
- 従来の、医療施設の人員配置や構造設備を重視した評価から、「急性期医療」や「リハビリテーション」、「在宅医療」といった、医療機関のそれぞれの「機能」や「患者特性」に応じた評価に転換する
- DPC情報等を活用し、各医療機関の診療パフォーマンスに応じた評価を行う
- 医療機関のそれぞれの「機能」の具体的な連携体制、例えば疾病別の「地域連携クリティカルパス」の活用や、医療機関と在宅医療を結ぶ退院調整機能、高額医療機器の共同利用等の状況に着目した評価を行う

## (2) 総合的な視点に立った診療を行う医師・医療機関

総合的な視点に立った診療を行う医師・医療機関は、患者(加入者)にとって地域における疾病・事業別の医療連携体制への入口となる重要な存在であり、保険者にとっては、将来的には「受診勧奨」とされた加入者への指導や疾病の早期治療、重症化の予防等を協力して行うパートナーになりうる。

このような医師・医療機関は、これまで「家庭医」や「かかりつけ医」、あるいは「プライマリケア医」、「登録医」など、時代の変遷や話し手の意図により、様々な表現・意味を与えられてきたものの、その果たすべき機能は明確ではなく、系統的な養成も行われてこなかった。

健保連が考える、総合的な視点に立った診療を行う医師・医療機関は、以下のような機能を備え、地域医療の「要」として活躍することが求められる。

- 患者の日常の生活圏に近い場所において、他の医療機関と協力して夜間診療にも対応できる
- 患者の個別性・尊厳に配慮しながら、家族全体に長期継続して医療を提供できる
- 「看取り」などの在宅医療を含めた幅広い医学的知識・臨床経験を有し、全人的・診療科目横断的な医療を提供できる
- 健診データ等に基づき、特に生活習慣病患者・予備群に対して、保険者と協力しながら適切な指導・管理ができる
- 患者に適切な医療提供が行われるよう、他の医療機関や訪問看護ステーション等への紹介や調整を行うことができる ー 等

しかし、上記のような機能を担える医師・医療機関は現状では少数であり、全ての国民がこのような医師・医療機関をもっているとは言えない状況にある。こうした機能を備える医師・医療機関を育成・普及するためには、全人的・科目横断的な医療を提供で

きる「総合診療医(仮称)」の養成を積極的に行うことが最も重要であり、そのためには、まず医学部教育・医師臨床研修において、実効的なカリキュラムを策定することが急務である。

また、「総合診療医」の養成、普及定着には一定の政策的インセンティブが必要であり、例えば、医療機関が広告可能な専門医に「総合診療医」を加えることや、広告可能な標榜診療科目に「総合診療科」を加えること、「総合診療医」養成のための医師臨床研修に財政的支援を行うこと一等が考えられる。

健保組合も、上記のような機能を備える医師・医療機関の育成と並行して、加入者への情報提供や適切な受診行動の喚起等の活動を行う必要がある。

なお、諸外国の例にみられる強制的な「登録医制」については、上記のような解決すべき課題が残されていることや、健康保険法上規定されている、加入者による医療機関の自由選択主義(いわゆる「フリーアクセス」)に抵触する仕組みであることから、「総合診療医」の養成・普及状況を睨みつつ、モデル事業等を実施することにより、その実現可能性等について多面的に検討・検証する必要がある。

### (3) 地域医療支援病院と特定機能病院のあり方

新たな医療計画の中で、医療機関はそれぞれの機能に応じて、「医療連携体制」の中に位置付けられていくこととなるが、従来から逐次医療法に規定されてきた「地域医療支援病院」および「特定機能病院」という特別な施設類型が、「医療連携体制」の中で今後どのような役割を發揮していくのか、現状では明確になっていない。併せて、これらの病院が診療報酬上手厚く評価されていることから、早急にそのあり方を見直す必要がある。

#### ① 地域医療支援病院

地域医療支援病院は、平成9年の第3次医療法改正において、従来の総合病院に代わり、一定程度の病床数を備える医療機関に、地域の医療機関からの紹介患者を受け入れるという、本来の意味での「病院」の役割を担わせるために新たに設けられた施設類型である。

しかし、現状では各都道府県・医療圏間での承認状況には不均衡があり、国民の認知度も不十分であることからすると、当初の目的を十分果たしているとは言えない状況にある。「医療連携体制」を構築する中で、医療機能の分化と連携を進めるという、今後の医療提供体制のあるべき姿に照らしたとき、医療機関は地域医療支援病院といった施設類型ではなく、それぞれの地域において果たしている個別の「機能」に応じて評価されることが自然であろう。

「機能」に応じた評価を充実させる中で、施設類型としての「地域医療支援病院」は

廃止し、現在の承認要件については、将来的に「病院」の基本的要件とすべきである。

## ②特定機能病院

特定機能病院は平成4年の第2次医療法改正時に、高度な医療を提供する医療機関として、慢性疾患患者の入院を中心とした療養型病床群(現・療養病床)とともに設けられた施設類型であり、これまで、DPCの導入や医療安全に関する先駆的な取り組み等、一定の役割を果たしてきた。

特定機能病院に求められているのは、高度医療の提供、高度医療技術の開発・評価、高度医療に関する研修であるが、承認されているほとんどの医療機関は大学病院の本院であり、学生や研修医への教育を行う医育機関でもある。また、上記のそれぞれの機能は特定機能病院以外の医療機関でも実施されており、逆に、特定機能病院の中には全ての機能を満たしきれていない医療機関も存在する。

地域医療支援病院と同様に、大学病院であっても、それぞれの地域において果たしている「機能」に応じて評価されるべきであり、施設類型としての「特定機能病院」は廃止すべきである。

なお、今後の病院のあり方として、「紹介患者の受け入れ」や「救急医療の実施」、「病床・高額医療機器等の共同利用」等を基本的な要件とし、それぞれの病院が地域の実状に応じて、「在宅医療支援」や「生活習慣病予防支援」、「高度医療」等の機能分類から自らが担うものを選択し、患者・住民に明示するといった方法が合理的と考えられる。

## (4)いわゆる「専門医」と「広告可能な診療科」のあり方

いわゆる「専門医」とは、医療法等の法令に規定された医師の身分ではなく、診療科別、疾病別、臓器別等に細分化した各学会における認定資格である。この中でも、一定の外形標準を満たした学会が認定する「専門医」は、医療機関が広告可能とされている。しかし、「専門医」認定の基準は学会ごとにまちまちである。また、医療機関が表示する診療科についても、広告可能な診療科が定められている中で、どの診療科を広告するかは原則としてその医療機関の自由裁量に委ねられている(いわゆる「自由標榜制」)。

このように、学会別に疾病・臓器別まで細分化した専門医や自由標榜制は、公に質が担保されているわけではなく、国民にわかりやすい制度にもなっていない。これらの問題点を解消するために、まずは各学会が、認定基準の統一や資格名の整理、適切な資格更新制度の策定等を積極的に行うべきであるが、並行して「専門医」の認定を

将来的に第三者機関に一元化することも検討すべきである。また、医療機関が広告可能な診療科については、医師・医療機関が提供する医療が適切に示されるよう一定程度集約・制約し、患者にとってわかりやすいものとするべきである。

なお、医師以外の医療従事者についてもその専門性について医療機関が広告可能とされたことから、同様に質が担保されるよう配慮されるべきである。

## (5) その他

### ①医療法に基づく人員配置標準

医療法に基づく医療機関における医師・看護師等の人員配置標準については、診療報酬上の施設基準との二重規制になっていることや、制定以来、ほとんど変更が加えられないまま現在に至っているため、実状に合わない等の理由でこれを緩和・撤廃すべきとの指摘がある。

しかし、都道府県が行う立入検査の結果によれば、未だ標準人員を充足しない医療機関が存在することから、医療安全の確保等、患者の視点に立脚すれば一概に撤廃すべきとは言い切れない。手薄な人員配置の主な原因は過剰病床にあり、実質的に病床の削減が進まなければ、人員配置の撤廃が根本的な解決策にはなりえない。

医療のアウトカム情報の提供の充実やDPCなど医療の内容がわかる方法のさらなる普及等、人員配置に代わる指標が整備・充実するのであれば、将来的に撤廃することが望ましいが、現状では緩和・撤廃すべきでない。

### ②救急、へき地、小児・周産期医療等に必要な医師の確保

救急、へき地、小児・周産期医療等の医療現場で、過密な労働状況等を理由として、医師の退職が相次いでおり、医師不足が深刻な状況にあるとされる中、根本的な解決策が求められている。

都道府県が策定する医療計画の中で、医師のキャリアパスや地域性を加味した医師確保策が検討されるべきであるが、国レベルにおいても救急、へき地、小児・周産期医療への従事の義務化、医師免許取得後のへき地医療等への従事を条件とする学費負担の軽減等、一部の医師や医療機関に依存しない、具体的な制度としての医師確保策について検討し、実現をはかるべきである。

### 3. 保険者機能のさらなる強化に向けて

健保組合は、医療提供側との協力の下、「健康増進・疾病予防支援機能」と「情報支援機能」を強化し、「患者中心の医療」の実現を推進する。

健保組合・健保連は、これまでも健全な財政運営と適切な保険給付に努めるとともに、保健事業を先駆的に展開することによって、加入者の健康回復・増進に努めてきた。また医療提供側に対して、「医療のムダ」の是正や質の向上を訴えるなど、加入者のエージェントとして、保険者機能を発揮してきた。

また、18年度改革では、医療提供側に対して「医療連携体制」の構築や、患者への情報提供の充実が求められる一方、20年度からは保険者に特定健診・特定保健指導の実施が義務付けられ、生活習慣病を中心とした疾病の予防、早期発見・早期治療、重症化の予防等の活動に積極的に取り組むことが期待されている。

このような状況の中、健保組合は新たな役割として、自らが実施する健診・保健指導と医療提供体制を有機的に繋ぎ、患者や加入者に適切な情報やサービスを提供するという、保険者機能のさらなる強化が求められている。そのために「健康増進・疾病予防支援機能」及び「情報支援機能」の2つの機能をこれまで以上に充実させる必要がある。

#### (1) 健康増進・疾病予防支援機能

健保組合は、加入者の中でも、特に生活習慣病患者とその予備群を主な対象として、以下のような「健康増進・疾病予防支援機能」を充実・発揮すべきである。

- 健診データ等によって加入者の健康状態を把握し、保健事業を通じて、加入者の特性に合わせた適切な健康増進プログラムの策定・実施、疾病の予防、早期発見のための活動を行う
- 健診の結果、「受診勧奨」とされた加入者を対象に、医師・医療機関や保健師・看護師等と連携し、早期治療を促す
- 医療機関への受診状況や治療の成果を、レセプト・健診データ等を活用して検証し、治療の中断による疾病の重症化防止などを目的に、加入者に対して適切な指導を行う

## (2) 情報支援機能

健診の結果、「受診勧奨」とされた加入者、また、その他疾病に罹患した加入者に対して、適切な受診行動を喚起するために、健保組合・健保連は以下のような「情報支援機能」を充実・発揮すべきである。情報支援にあたっては、情報量だけでなく、情報の質的な面や加入者が情報を正しく読み取り活用する能力を高めることにも配慮する必要がある。

- 19年度から一部公開されている、都道府県ごとの医療機関情報や、同年度中に策定される医療計画(特に医療連携体制)の目的・内容について、加入者への周知をはかり、適切な受診行動を喚起する
- 健診の結果、「受診勧奨」とされた加入者を対象に、診療所を中心とした医師・医療機関や保健師・看護師等について情報提供、紹介を行う
- 現在、病院情報に限定されている、けんぽれん病院情報「ぽすびたる！」については、「在宅療養支援診療所」等、機能が明示されている診療所等について情報掲載を目指す

また、23年度からのレセプト原則オンライン化の実現を目途に、

- レセプト情報を通じて、都道府県単位で加入者がどのような受診経路(例:○○診療所→△△病院→××大学病院一等)を辿っているかを把握する
- 都道府県が策定する医療計画と上記情報の比較・検討を行い、都道府県が策定する医療計画が実効あるものとなるよう協力する
- 上記で収集・実施した効果について定期的に検証し、地域における医療提供体制の効率化に努める
- 適切な第三者機関が開発する分析手法を活用し、DPC等の情報から、各医療機関の「アウトカム情報」(例:死亡率、手術後の5年間生存率一等)を分析し、適切な解説を添え、加入者に提供する
- 「総合診療医」の養成・普及状況を睨みつつ、「ぽすびたる！」において順次、情報掲載を行う

ことが行われることが望ましい。